

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 7

LE
CANCER DU TESTICULE
dans l'Ectopie Abdominale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES KAEPPELIN

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

Membre de la Société des Sciences Médicales

Né au Puy (Haute-Loire), le 1^{er} Mai 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 7

LE
CANCER DU TESTICULE
dans l'Ectopie Abdominale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES KAEPPELIN

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

Membre de la Société des Sciences Médicales

Né au Puy (Haute-Loire), le 1^{er} Mai 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales:.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.	
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.	
Médecine légale.....	TRIPPIER.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique.....	ARLOING.	
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.	
	COURMONT.	
	SOULIER	
	CROLAS.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. SIRAUD, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE ZÉNON KAEPPÉLIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Je suis très reconnaissant de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat.

MM. BONDET, professeur de clinique médicale.
GANGOLPHE, professeur agrégé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.
POLLOSSON (AUGUSTE), professeur agrégé, chirurgien-major de la Charité.
CHAPPET, médecin des Hôpitaux.

Internat.

MM. LECLERC, médecin des Hôpitaux.
DEVIC, médecin des Hôpitaux, professeur agrégé.
LYONNET, médecin des Hôpitaux.
A la mémoire du professeur OLLIER.
JABOULAY, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.
GANGOLPHE.
GAREL, médecin des Hôpitaux.
POLLOSSON (AUGUSTE).

Nous gardons un excellent souvenir des semestres passés auprès d'eux, nous les remercions de l'accueil cordial qu'il nous ont toujours fait, nous n'oublions pas que nous leur devons notre éducation clinique ; nous sommes heureux de leur en témoigner ici notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Une loi de pathologie générale, à peu près universellement admise aujourd'hui, enseigne qu'un organe déplacé dans l'organisme, dévié de sa direction naturelle ou malformé, est prédisposé à toutes sortes de maladies. Ledouble, Langenbeck l'ont écrit, leur opinion a prévalu auprès de la majorité des auteurs. Le testicule retenu dans l'abdomen paraît échapper à cette règle, il jouirait même d'une véritable immunité. Les chirurgiens ont coutume de dire que les tumeurs de la glande ectopique sont fréquentes, les tumeurs malignes en particulier, mais ils admettent que la cryptorchidie profonde est à l'abri de cette terrible complication. Si, pourtant, on parcourt la littérature médicale, on voit que Ch. Monod et O. Terillon, P. Reclus et, d'une manière générale, tous les classiques sont dans l'erreur lorsqu'ils affirment « que le cancer du testicule ectopé ne s'observe que dans l'inclusion inguinale ». Des observations, peu nombreuses, il est vrai, établissent que la cryptorchidie abdominale n'est pas

une garantie contre la néoplasie. Elles ont montré combien le diagnostic des tumeurs qu'on y rencontre est difficile, et, par ce fait même, elles font prévoir que leur rareté n'est peut-être pas aussi exceptionnelle qu'on l'estime généralement. Il est probable qu'un certain nombre de cas n'ont pas été soupçonnés pendant la vie et publiés, dans la suite, faute d'une autopsie pour dévoiler la véritable nature de la lésion observée.

Nous avons eu l'occasion, alors que nous étions l'interne de M. Jaboulay, de voir un malade porteur d'un néoplasme abdominal développé sur un testicule arrêté dans sa migration ; nous avons publié ce cas *in extenso* dans le *Lyon Médical*, du 12 novembre 1899. Tout récemment, MM. Souligoux et Lécène ont rapporté un cas analogue, fort intéressant (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, juin 1901). Il nous a paru utile, en présence d'une question encore si obscure, de rapprocher, dans un travail d'ensemble, ces faits nouveaux des faits anciens déjà connus. Ces deux observations, très détaillées, portant le contrôle de l'intervention chirurgicale et du microscope, nous semblent susceptibles de jeter quelque lumière sur une affection qui sera, sans doute, reconnue moins rare quand on saura mieux la déceler.

Après un court aperçu historique, qui fera l'objet de notre premier chapitre, nous exposerons les observations. Nous essaierons ensuite d'en faire découler tout ce qu'on peut en retirer, au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, des symptômes, du diagnostic et du pronostic de la maladie.

Nous fixerons enfin les indications et le manuel opératoire du traitement rationnel.

Les conclusions que nous formulerons, établies sur un nombre encore restreint d'exemples, seront sans doute trop précoces pour revêtir un caractère définitif. Nous ne prétendons pas mettre au point une question si neuve, mais tirer de faits bien étudiés des déductions d'une valeur relative et actuelle qui pourront être modifiées dans la suite, quand la publication de cas plus nombreux aura constitué un faisceau plus serré de preuves cliniques et d'éléments comparables.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La dégénérescence cancéreuse du testicule ectopié n'est pas un fait nouveau. Signalée seulement vers la fin du XVIII^e siècle, par Pott qui, en 1777, publia le premier cas observé, elle a été rencontrée, depuis lors, par plusieurs chirurgiens : Chopart 1780, Schneller 1782, Dupuytren 1839 ; plus près de nous Godard (1856) ajoute sept cas à ceux déjà connus. Le Dentu, dans sa thèse d'agrégation, en 1869, précédée par le mémoire de Szymanowsky, 1868, en cite de nouveaux exemples. Von Kahlden (*Münchener medic. Vochenschrift*, 1887) a réuni 58 cas de carcinose dans l'ectopie, dont deux seulement dans l'ectopie abdominale, l'un personnel, qu'il rapporte longuement, l'autre emprunté à Johnson. Un troisième, de Lewinsky, ne peut guère être rattaché à cette catégorie de faits ; le testicule était primitivement inguinal et ne devint abdominal que consécutivement à sa dégénérescence. Le cancer primitif portait sur l'axe

médullaire et avait gagné la glande en suivant le cordon.

Monod et Terrillon, dans un mémoire important et dans leur *Traité des maladies du testicule*, paru en 1889, donnent le résultat de 42 castrations pour tumeurs malignes du testicule inguinal. Enfin deux thèses récentes, celle de Wisner (Paris 1895) et celle de Michiels (Bordeaux, 1897) s'efforcent, à l'aide d'observations nouvelles, de faire de la question, encore assez mal élucidée, un exposé général, une véritable mise au point. Si, grâce à ces nombreux travaux, le cancer de la glande séminale arrêtée à l'aine nous est actuellement bien connu, aux différents points de vue de sa fréquence relative, de son évolution et de la conduite chirurgicale dont il relève, ce qui en fait une affection classée à l'heure présente, il est loin d'en être de même du cancer du testicule retenu dans le ventre. On est frappé du silence des auteurs sur ce point. Ceux qui le signalent, pauvres en documents, ne s'y arrêtent pas. Il est vrai que les cas publiés avant la thèse de Michiels, dernier travail d'ensemble sur la dégénérescence maligne du testicule ectopique, étaient trop peu nombreux et trop peu complets pour qu'il fût permis d'en tirer des données précises utiles au clinicien et à l'opérateur.

Michiels n'a pu en réunir, en effet, que trois (il ne parle pas de celui de von Kahliden),

Le premier, emprunté à la thèse de Le Dentu est de J. Johnson, le cancer évolua rapidement en six semaines, chez un jeune homme de 27 ans, à la suite d'efforts développés au cours d'une partie de cricket ;

son origine ne fut reconnue qu'au moment de la vérification.

Le second, publié par Mathieu (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1881) fut une découverte d'autopsie sur un homme mort d'hémorrhagie cérébrale. Il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire; le rein correspondant était également sarcomateux.

Enfin Picqué, en 1892, en relatait un troisième exemple à la Société de Chirurgie. Pour la première fois le siège de la lésion avait été distingué avant la laparotomie. L'examen histologique de la pièce n'a pas été pratiqué.

En somme, de ces trois cas un seul avait été diagnostiqué et un seul suivi de l'examen microscopique. Il y avait là de trop minces éléments pour en rien conclure, si ce n'est que cette variété de tumeur pouvait aisément passer inaperçue et devait attirer l'attention des chirurgiens.

Et, de fait, nous voyons maintenant les observations se faire jour à moins longs intervalles. Nous avons publié la nôtre il y a deux ans. Arrou, qui la résume dans son ouvrage sur la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme « vient d'observer un cas analogue chez un homme âgé de 40 ans, qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, avait subi la castration pour cancer du testicule droit ectopique (en ectopie inguinale). La tumeur abdominale, considérable, remplissait la fosse ilio-lombaire du côté droit et se trouvait accolée à la vessie. Le malade se cachectisa rapidement en présentant les phénomènes habituels de compression vasculaire (œdème des

membres inférieurs, de la paroi abdominale, ascite), et il succomba moins de quatre mois après son entrée dans le service ».

Nous avons indiqué, enfin, le cas tout récent de M. Souligoux ; il a bien voulu nous le communiquer, sur la demande de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, que nous sommes heureux de remercier ici de toute sa complaisance.

Telles sont, à notre connaissance, en y ajoutant celle de Kahlden les observations publiées, jusqu'à ce jour, de l'affection qui nous occupe.

CHAPITRE II

Observations

Nous jugeons préférable de mettre au début de notre thèse les observations que nous avons relevées, car c'est d'elles seules que nous devons extraire la substance de notre étude. Ce que nous écrivons dans la suite est uniquement basé sur les particularités qu'elles contiennent et que nous tâcherons de mettre en relief, à la fois par une œuvre d'analyse et de synthèse. Il nous a semblé que leur place est mieux ici qu'à la fin d'un travail qu'elles ne sont pas destinées à confirmer, mais à confectionner de toutes pièces.

OBSERVATION I

G. JOHNSON, *in* Thèse d'agrégation de Le DENTU, Paris 1869
(très résumée.)

CANCER ENCÉPHALOIDE DU TESTICULE DROIT RETENU DANS LA
CAVITÉ ABDOMINALE.

Le nommé N..., âgé de 28 ans, était vigoureusement constitué; le testicule du côté droit n'a pas opéré sa descente et est resté dans l'abdomen. Le malade n'avait, d'ailleurs,

jamais accusé aucun trouble, lorsque, à la suite d'une partie de cricket, il commença à ressentir des douleurs assez vives dans le bas-ventre du côté droit. La maladie prit alors une marche rapide et la mort survint au bout de six semaines...

On put constater que toute la partie antérieure de la tumeur, développée aux dépens du testicule retenu dans l'abdomen, était adhérente à la paroi abdominale; la masse principale était limitée par une surface lisse, régulière et elle renfermait plusieurs kystes dont le volume variait entre celui d'une noisette et celui d'une orange (Canstatt's Jahresbericht, 1890).

OBSERVATION II

Par Albert MATHIEU (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris* 1881).

ECTOPIE TESTICULAIRE DOUBLE. — SARCOME DU TESTICULE ET DU REIN GAUCHES.

Le nommé B..., Henri, charron, âgé de 49 ans, entre, le 5 avril 1881, service de M. Proust, à Lariboisière.

Au moment de son entrée, cet homme est manifestement en état post-apoplectique; on constate une paralysie faciale très prononcée du côté droit, de la paralysie du membre supérieur du même côté et de l'aphasie.

On a peu de renseignements sur son histoire. On sait seulement que, bien portant habituellement, il avait, depuis quelque temps, des vertiges et des étourdissements.

A deux reprises même, il serait tombé sans perdre connaissance complètement et sans présenter de paralysie après la chute.

La veille, au matin, on l'a trouvé dans son lit à peu près exactement dans l'état où il se trouve actuellement; la paralysie de la face est très prononcée. Le membre supérieur droit est moins fortement atteint que la face. Il y a un degré

marqué de parésie, mais les mouvements sont possibles quoique difficiles et limités. Le malade peut encore remuer les doigts, il peut soulever son bras au-dessus du plan du lit.

Le membre inférieur est beaucoup plus libre. La diminution de la force est à peine sensible ; la force y est à peu près aussi grande que dans le membre inférieur gauche. Il existe donc une disproportion très évidente entre l'état de la face, du membre supérieur et du membre inférieur. Complète à la face et pour ainsi dire au maximum, la paralysie est incomplète au membre supérieur et à peu près nulle au membre inférieur.

Il n'y a pas de trouble de la sensibilité ; lorsqu'on cherche à faire parler le malade, il répond par un bredouillement absolument incompréhensible. Toutefois, il semble comprendre assez bien ce qu'on lui dit, et il répond avec exactitude par gestes...

Rien au cœur. Les artères sont rigides, athéromateuses.

Il existe, dans le ventre, une tumeur dure, régulière, du volume de la tête d'un fœtus à terme.

Cette tumeur se déplace facilement, roule sous la main et présente assez bien, sauf son volume, les caractères attribués au rein flottant. Il est à remarquer qu'elle reste cantonnée dans la partie inférieure de l'abdomen, vers la gauche de la ligne médiane.

D'après les renseignements fournis par la famille, elle existerait depuis longtemps, depuis dix ou quinze ans déjà. Il est impossible de savoir au juste quelle a été sa marche et la rapidité de son développement.

Le lendemain on constate de la dyspnée, de la matité à droite, des râles sous-crépitaux dans tout ce même côté de la poitrine, et le malade meurt le surlendemain, asphyxié et cyanosé.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — La pie-mère est rouge, épaissie, sans adhérences à la substance cérébrale sous-jacente. Les artères de la base du crâne sont très

athéromateuses. On trouve sur leurs parois des plaques et des anneaux blanchâtres, opalins, résistants. Pas de caillots dans leur intérieur.

Indépendamment de cet épaissement de la pie-mère et de l'athérome artériel, le cerveau paraît sain extérieurement. Il y a, cependant, un certain aplatissement et une certaine mollesse de l'hémisphère gauche.

Une coupe, passant par les éminences mamillaires, fait voir un foyer d'hémorragie cérébrale siégeant immédiatement sous l'insula gauche, qui se trouve décollée dans toute son étendue. Le foyer occupe toute l'étendue du lobule. La capsule externe, déchiquetée à sa face interne, se reconnaît facilement, ainsi que les noyaux opto-striés. Le sang épanché est semi-liquide et présente la consistance et l'aspect de la gelée de groseilles. Au pourtour du foyer, la substance cérébrale est infiltrée, colorée en jaune ocre sur une zone d'un centimètre de large. Dans la substance blanche, au pourtour, on trouve un piqueté rouge très marqué, correspondant sans doute à de petits anévrysmes miliaires. Le foyer hémorragique, ainsi situé sous l'insula, la déborde en avant et en arrière de deux à trois centimètres.

La tumeur du ventre est lisse, arrondie, ovalaire, surmontée en haut d'une sorte de crête un peu rugueuse. Sa forme rappelle absolument celle d'un testicule très hypertrophié (elle pèse 460 grammes) et, en effet, les bourses sont vides et ne renferment pas de testicule. Il est donc probable qu'on se trouve en présence d'un testicule en ectopie abdominale et en dégénérescence néoplasique. On trouve, à l'une des extrémités de la crête qui surmonte la tumeur, l'origine du canal déférent accompagné de veines non volumineuses, mais légèrement variqueuses. On trouve également les artères spermatiques.

Le testicule est enveloppé par le péritoine et, à sa partie supérieure, il existe une sorte de court méésentère, dans lequel se trouvent les veines, l'artère spermatique et le canal déférent. L'épididyme est à peu près hypertrophié dans les

mêmes proportions que le testicule. Sa forme et sa situation sont facilement reconnaissables.

Le testicule du côté droit est trouvé à l'entrée du canal inguinal correspondant. Il est resté en arrière des piliers de ce canal. A vrai dire, le trajet inguinal n'existe pas, on trouve seulement, entre les piliers, une légère dépression, comblée par du tissu cellulaire qui communique avec le tissu cellulaire qu'on trouve dans l'épaisseur du repli cutané qui constitue le scrotum. En arrière des piliers et un peu en dehors, il existe, au-dessous de l'arcade crurale, une dépression légère qui loge en partie le testicule.

Ce testicule est très petit, il présente à peu près le volume du testicule d'un enfant de deux ans, il est mou, flasque. Il est encapuchonné par le péritoine qui forme, pour le contenir, une dépression en doigt de gant enfoncée dans la légère excavation qui représente l'ouverture postérieure du canal inguinal. Il existe, à sa partie inférieure, un tractus cellulo-fibreux qui se dirige vers l'espace compris entre les piliers du grand oblique ; il semble que ce soit la trace du *gubernaculum testis*. A la coupe, sur le testicule gauche hypertrophié, on reconnaît la tunique albuginée épaissie et résistante. Le restant du testicule, de couleur blanc jaunâtre, présente l'aspect classique des tumeurs dites encéphaloïdes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles, réunies par des brides pseudo-membraneuses, de façon à ne faire qu'un seul paquet ; quelques adhérences s'étendent des anses voisines à la partie postérieure de la tumeur testiculaire.

Le rein gauche est réduit à l'état d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, arrondie et lobulée. A la coupe, il offre également l'aspect encéphaloïde, avec une résistance plus considérable, toutefois, que celle que présente la tumeur testiculaire. La masse rénale est englobée par une capsule épaisse et une coque fibreuse adhérente au pourtour. On ne trouve rien, à l'œil nu, qui rappelle, sur la coupe, l'aspect normal du rein.

Le foie est de volume moyen ; il présente à la coupe l'aspect

du foie muscade. Le long de l'insertion du mésentère on trouve tout un chapelet de ganglions noirs, durs, gros comme des noisettes.

L'examen histologique a fait voir que la tumeur testiculaire et la tumeur rénale étaient constituées par du sarcome globo-cellulaire. On trouve une grande quantité de cellules arrondies, embryonnaires, disséminées dans les mailles du tissu conjonctif.

OBSERVATION III

(Von KAHLDEN. — *Münchener Med. Wochenschrift*, 1887.)

X. Br., 44 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires, souffre depuis un an de douleurs abdominales qui s'exaspèrent à la suite d'un travail pénible. Les douleurs, depuis six semaines, ont augmenté et se localisent dans la région ombilicale; en même temps le malade a remarqué que l'abdomen augmentait de volume. Il maigrit énormément, ne peut plus travailler et entre, le 12 décembre 1886, à la clinique du professeur Baumler.

Là on constate l'intégrité des organes thoraciques. Le ventre présente une tumeur demi-circulaire tenant le milieu entre l'ombilic et le processus *ensiformis* et dont le point le plus saillant est à trois centimètres au-dessous et à droite de l'ombilic.

Dans la peau de l'abdomen, on trouve de petites tumeurs de la grosseur d'un pois, absolument mobiles.

Par la palpation on sent sous la paroi une masse lisse peu mobile, indolore à la pression, de forme difficile à déterminer. Le pôle supérieur est nettement senti. A gauche, la tumeur se dirige en haut vers l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Plus en arrière, on la perd. En bas elle arrive à droite et à gauche jusqu'au ligament de Poupart, le milieu atteint la symphyse sans

passer derrière, A droite, elle atteint la ligne axillaire antérieure, puis elle devient malaisée à sentir.

Elle est mate, dure, sans fluctuation en aucun point.

L'abdomen au devant d'elle est distendu. La tumeur est peu mobile de droite à gauche, encore moins de haut en bas.

Pas d'adhérence au foie.

Nulle part il n'y a de rougeur; la palpation n'est pas douloureuse.

A gauche, hernie facilement réductible. Pas d'œdème ni de dilatation veineuse.

Le toucher rectal ne donne rien de particulier.

Par la ponction de la tumeur, on retire un peu de sang, dans lequel on trouve des corpuscules graisseux et quelques cellules, emprisonnées dans les mailles du tissu conjonctif.

Dans le courant de la maladie, nous ne remarquons aucune fièvre, mais la tumeur prend des proportions telles, que l'on ne peut la séparer du foie et de la symphise et qu'elle dépasse, en arrière, la ligne axillaire.

Des douleurs apparaissent dans la région du nerf crural. Cependant, d'une façon générale, les douleurs ont diminué depuis l'hospitalisation. Le malade devient de plus en plus faible, présente de l'œdème des membres inférieurs, de l'hydro-thorax, de l'albuminurie: il meurt, le 4 février 1887, dans le collapsus.

La relation de l'autopsie donne les renseignements suivants:

Œdème des extrémités inférieures et de la paroi abdominale remontant jusqu'aux épaules. L'abdomen est très météorisé. A l'ouverture de la paroi abdominale s'écoule une grande quantité de liquide jaune citrin. On aperçoit le côlon transverse, sous les côtes, très dilaté, un peu oblique, avec des pigmentations noires.

La partie inférieure de la cavité abdominale montre, depuis le côlon transverse jusqu'au pubis, une masse énorme qui donne, au toucher, la même sensation qu'un kyste de l'ovaire, recouverte de petits nodules arrondis, s'étendant de la paroi droite à la paroi gauche.

Le cordon est adhérent à la tumeur par sa face antérieure; il est libre sur ses parties latérales, infiltré de nodosités. En haut et à gauche, il va adhérer à la paroi abdominale.

Sur le péritoine pariétal on voit des noyaux néoplasiques d'un blanc grisâtre, de la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de pigeon.

Les anses grêles sont refoulées dans l'hypochondre gauche; le côlon sigmoïde est à gauche, dilaté. La vessie dépasse la symphyse. Les anses intestinales sont agglomérées par des brides farcies de nodosités. L'estomac est dilaté.

Au foie, on note de la péri-hépatite. Il est de grosseur moyenne, ne se continue nulle part avec la tumeur; il contient des noyaux secondaires; on en retrouve également sous la capsule de Glisson.

Pancréas, rate, reins normaux.

L'uretère droit est un peu dilaté.

Les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux sont pigmentés et hypertrophiés, la veine crurale droite est thrombosée; l'artère est libre.

Le scrotum est très œdématié. Le testicule gauche est dans la cavité abdominale. Du testicule droit on ne trouve trace ni dans l'abdomen ni dans le scrotum.

La tunique vaginale est entr'ouverte à deux doigts au-dessous du ligament de Poupart et laisse pénétrer un doigt. A droite, le canal testiculaire manque complètement et, à sa place, on trouve une substance allongée, remplie de vaisseaux et de tissu conjonctif qui va se perdre dans le tissu cellulaire normal de la région sub-scrotale. En haut ce tissu, fortement vascularisé, se confond avec la tumeur.

La circonférence de celle-ci, une fois enlevée, est de 76 cent. Le plus grand diamètre a 56 cent., l'épaisseur est de 15 cent. Le poids de 5 kil. 960.

Il s'agit donc d'une tumeur du testicule droit ectopié dans l'abdomen avec des métastases nombreuses dans le foie, le péritoine, le cordon, les lymphatiques rétro-péritonéaux.

A la coupe, l'aspect est blanc-médullaire avec: par places,

des travées conjonctives grisâtres. Cet aspect peut être suivi le long du canal déférent, il se perd dans le tissu conjonctif à mesure qu'on s'élève.

Sur une préparation extemporanée, on voit des cellules rondes avec de gros noyaux et, çà et là, quelques cellules épithélioïdes. Pas de spermatozoïdes.

Quant à la structure plus intime, pour la mettre en évidence on prélève plusieurs fragments, qu'on place les uns dans le liquide de Müller, les autres dans l'alcool. Coloration à l'hématéine.

La substance fondamentale est formée de tissu muqueux, çà et là de tissu conjonctif, dans lequel sont jetées des cellules à forme variable. Quelques-unes, globuleuses, sont répandues irrégulièrement et noyées au milieu d'autres cellules qui forment la masse principale du néoplasme. Ces dernières étaient ou rondes, beaucoup plus grosses que des globules blancs, à gros noyaux, ou allongées, ovales et continuées par des travées de protoplasma qui leur donnent l'aspect stellaire. Sur d'autres, le protoplasma présente des prolongements aux deux pôles opposés, ressemblant presque à des cellules de la moëlle et différenciées par la grosseur de leur noyau. Ailleurs, la tumeur n'est formée que par du tissu conjonctif jeune à nombreux vaisseaux en voie de formation. Même dans les endroits où les cellules sont abondantes, les vaisseaux le sont aussi; là ils sont plus gros, plus longs et à parois minces. Par places la paroi n'est plus visible; on a comme des lacunes où les globules rouges sont répandus dans le tissu conjonctif.

Un détail particulier est à noter sur les préparations faites avec la partie inférieure de la tumeur : entre les éléments décrits on trouve des cellules épithélioïdes dont quelques-unes polyhédriques, d'autres plus rondes à noyau très visible, arrangées suivant une disposition alvéolaire et montrant une certaine ressemblance avec les canalicules de testicule normal.

A certains endroits, on peut reconnaître la lumière d'un

véritable canal, tandis qu'à d'autres, l'alvéole est complètement bourrée de cellules épithéliales comprimées.

D'après cette description on voit que la tumeur s'est développée, aux dépens du testicule ectopié, dans la cavité abdominale.

Histologiquement il s'agit d'un myxo-sarcome à grosses cellules.

OBSERVATION IV

(Picqué. — Société de Chirurgie de Paris, 28 décembre 1892)

LAPAROTOMIE POUR UNE TUMEUR SOLIDE DU PETIT BASSIN

Le nommé G..., âgé de 34 ans, employé à la Compagnie du Nord, se présente, en septembre 1892, dans le service de M. Périer que j'avais l'honneur de remplacer.

C'est un homme vigoureux et très énergique dont la santé est restée jusqu'à présent excellente. En janvier 1892, il ressent, pour la première fois, une douleur sourde dans la fosse iliaque du côté gauche, douleur très supportable d'ailleurs. Au mois de mars, il découvre dans cette région une petite tumeur du volume d'une noix.

Depuis lors, cette tumeur s'est progressivement développée sans porter atteinte à la santé générale. Néanmoins, le malade vint à l'hôpital pour en demander l'extirpation en raison des phénomènes douloureux qu'il éprouve.

Etat actuel. — Le ventre ne présente pas de déformation appréciable à la vue. Par la palpation, on arrive sur une tumeur siégeant exclusivement dans le tiers interne de la fosse iliaque gauche. Cette tumeur déborde l'arcade de Fallope d'environ deux travers de doigt et affleure la ligne blanche sur la ligne médiane.

Dans sa portion accessible, elle est de consistance dure ; sa surface est lobulée. Cette tumeur est mobile dans sa portion iliaque, mais elle semble se prolonger dans la fosse iliaque

et y adhérer même. Au niveau de l'arcade de Fallope, elle semble adhérer à sa partie moyenne. Le toucher rectal permet de constater nettement qu'elle se prolonge dans le petit bassin où elle fait une forte saillie. Elle aplatit le rectum contre le sacrum, le doigt n'arrive pas à la contourner.

Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

Troubles fonctionnels. — Il existe une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche, de temps à l'autre le malade ressent quelques élancements. Il y a de la constipation surtout marquée dans ces derniers mois. Le malade accuse, en outre, un peu de dysurie.

Les fonctions digestives sont intactes, l'état général est excellent, mais le malade dit avoir maigri d'environ deux kilogrammes depuis quatre à cinq mois.

En présence de l'augmentation rapide de la tumeur et de sa consistance, on ne pouvait, malgré l'absence de phénomènes généraux, qu'admettre l'existence d'une tumeur maligne du petit bassin, mais quel en était le siège? Or, ayant remarqué que le malade était atteint d'une ectopie abdominale du testicule gauche, je n'hésitai pas à diagnostiquer un cancer du testicule. Je proposai, dès lors, au malade une laparotomie qui fut acceptée de suite et que je pratiquai, le 21 septembre, au pavillon de l'hôpital Lariboisière.

La laparotomie fut pratiquée sur la ligne médiane, selon les règles ordinaires. J'arrivai sur une tumeur volumineuse, dépassant le volume du poing, adhérente à l'épiploon et à une anse d'intestin grêle. La tumeur, fortement enclavée et adhérente au cul-de-sac recto-vésical, fut libérée comme à l'habitude. Elle était fixée, à l'orifice interne du trajet inguinal, à l'aide d'un pédicule très vasculaire en tout semblable au pédicule d'une tumeur ovarienne. Je le traitai de la même façon : ligature à la soie et excision. Le foyer opératoire ne montre aucun ganglion; seul le cul-de-sac recto-vésical présente, en un point, un épaississement suspect.

Le ventre est refermé à l'aide d'un triple plan de sutures.

Les suites de l'opération ont été fort simples : au neuvième jour les fils sont enlevés; la réunion est complète. Le malade quitte l'hôpital au quinzième jour.

Aujourd'hui (28 décembre 1892) le malade, comme vous pouvez le voir, est dans un état général excellent. Il n'existe aucune récive locale, mais la rate présente un développement notable; dans la région sus-claviculaire gauche, on trouve quelques ganglions qui me font penser à la possibilité d'un lymphadénome du testicule.

La pièce doit être l'objet d'un examen histologique que je communiquerai ultérieurement à la Société (Cette communication n'a pas été faite).

OBSERVATION V

(Observation personnelle, *Lyon Médic.*, 12 novembre 1899.)

CANCER D'UN TESTICULE EN ECTOPIE ABDOMINALE. — EXTIRPATION.

..... Il s'agit d'un homme de 40 ans, exerçant la profession de cultivateur. Dans ses antécédents héréditaires on relève un néoplasme de l'estomac chez sa mère morte à 72 ans, à la suite de troubles gastriques très caractérisés. Son père, âgé de 84 ans, se porte bien. Il n'a qu'un frère qui ne serait atteint d'aucune affection organique. Quatre autres sont morts enfants. Personnellement il n'a pas eu de maladie grave, il ne se rappelle pas avoir tenu le lit. Il n'a jamais fait d'excès éthyliques et nie la syphilis.

Marié à 24 ans, il eut une petite fille après quatre ans de mariage. Venue à terme, celle-ci n'a vécu que 25 jours. Sa femme est bien portante; elle n'a jamais eu de fausse couche.

Au mois de janvier dernier, cet homme vigoureux, de santé jusqu'alors excellente, ressentit pour la première fois, sans cause occasionnelle apparente, une douleur sourde

intermittente dans la région lombaire, douleur très supportable d'ailleurs et qui ne l'empêcha nullement de se livrer à ses occupations habituelles. Un mois plus tard seulement, il découvrit en se tâtant le ventre une petite tumeur de la grosseur d'un œuf, siégeant dans la fosse iliaque droite. A cette époque déjà les douleurs, d'abord localisées, commençaient à irradier du côté des membres inférieurs et devenaient plus tenaces.

En mars, il consultait un médecin qui lui conseilla l'extirpation ; ce n'est qu'après plusieurs mois d'hésitation devant l'accroissement graduel de la tumeur, l'augmentation progressive des phénomènes douloureux et l'altération de l'état général, qu'il s'est décidé à venir réclamer l'intervention à l'hôpital, où il est entré salle St-Louis, service de M. Jaboulay, le 26 septembre 1899. Nous notions alors les symptômes suivants :

Le ventre offre une déformation appréciable à la vue. Il est un peu augmenté de volume dans son ensemble, légèrement asymétrique, plus saillant à droite.

Par la palpation on arrive sur une tumeur qui n'est pas exactement située sur la ligne médiane, mais semble plus développée du côté de la fosse iliaque droite, de telle sorte que le tiers seulement de sa masse paraisse dépasser à gauche la ligne blanche. Son sommet remonte à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic.

Sa forme est assez nettement celle d'un ovoïde à grand axe vertical. Dans sa partie accessible elle est de consistance dure, sa surface est lisse et unie, elle semble en contact immédiat avec la paroi abdominale antérieure sans interposition de viscères ou de liquide ; la percussion modérée donne de la matité à son niveau, de la sonorité dans les flancs. On ne provoque ni fluctuation, ni ballotement par les moyens ordinairement employés pour mettre ces signes en évidence.

La tumeur est peu mobile, elle paraît adhérer à la partie

moyenne de l'arcade de Fallôpe par un prolongement que fait sentir un palper minutieux.

Le toucher rectal permet de constater qu'elle ne plonge pas dans le petit bassin.

Il n'existe pas dans l'aine d'adénopathie appréciable; mais, bien au-dessus de la tumeur, sous le bord du foie, on éprouve, en déprimant fortement la paroi, une sensation d'empâtement profond qu'il semble logique de rattacher à un engorgement ganglionnaire. On ne trouve pas de ganglions ailleurs, point derrière les clavicules.

La douleur lombaire est constante, sourde, mais très pénible, s'exagérant parfois, surtout la nuit et à certaines époques, pour prendre le caractère térébrant. Elle irradie dans les hanches et les cuisses, jusqu'à même les mollets et devient alors pour le patient un véritable supplice. Elle n'est nullement exacerbée par la palpation même prolongée de la tumeur. Cette dernière est indolore, spontanément et à la pression.

Les fonctions vésicales sont et ont toujours été régulières. Il n'y a ni constipation, ni dysurie. Les urines sont claires, normales comme quantité et comme composition. L'appétit est conservé, la digestion s'opère bien, mais le malade a beaucoup maigri depuis le début des accidents et présente maintenant un certain degré de cachexie. La faiblesse générale est assez grande, le teint pâle, sans avoir la coloration jaune paille, le visage émacié; on note un œdème malléolaire bilatéral, plus accusé à gauche.

Rien aux poumons, rien au cœur. Le foie donne une matité normale, il n'est pas douloureux.

En présence du tableau clinique que nous venons de tracer, la nature de la tumeur observée ne parut pas discutable; l'évolution relativement rapide de la lésion et surtout son prompt retentissement sur la santé générale firent d'emblée admettre l'existence d'un néoplasme malin de l'étage inférieur de l'abdomen. Restait à savoir sur quel organe portait la dégénérescence. La question se posait très

embarrassante. La tumeur était franchement indépendante de la paroi ; on pouvait sans risques éliminer le rein ; la vessie et l'intestin le furent aussi en raison de leur parfaite intégrité fonctionnelle. C'est alors qu'examinant plus soigneusement notre malade, nous découvrîmes une ectopie testiculaire sur laquelle il n'avait pas attiré notre attention. Seul, le testicule gauche était à sa place, le côté droit des bourses était inhabité. Fort de cette constatation et des affirmations du malade d'après qui la tumeur aurait débuté à la partie externe de la fosse iliaque droite, M. Jaboulay portait aussitôt le diagnostic de cancer du testicule en ectopie abdominale, et proposait l'intervention.

Elle a été pratiquée le 28 septembre.

La laparotomie médiane donne accès, après l'incision du péritoine, qui laisse s'écouler une petite quantité de liquide ascitique, sur une masse volumineuse, grosse comme deux poings, adhérente en dehors à l'arcade crurale par des brides nombreuses et serrées, pédiculée en arrière, probablement du côté du cordon des artères et des veines spermatiques, vers l'orifice interne du canal inguinal. Les adhérences à l'arcade ont été assez laborieusement disséquées ; le pédicule, très vasculaire, traité par ligature à la soie et excision.

Le foyer opératoire n'a montré aucun ganglion, mais l'exploration du ventre a donné la sensation de la possibilité d'amas ganglionnaires haut situés, dans la région lombaire.

Les suites ont été simples. Au douzième jour la réunion était complète ; le malade ne souffre plus et veut quitter l'hôpital, mais il se cachectise rapidement au moment où il sort du service, c'est-à-dire trois semaines environ après l'opération. Il est devenu albuminurique.

La tumeur enlevée est réniforme, encapsulée, lisse à sa surface, de coloration blanchâtre, de consistance rénitente, homogène à la coupe qui offre l'aspect macroscopique des encéphaloides. Comme accolée à elle en arrière et la rattachant au pédicule, il existe une seconde masse plus petite, de forme conique, adhérent par sa base à la tumeur principale,

rosée, plus molle au toucher, bosselée, correspondant sans doute à l'épididyme dégénéré.

L'examen histologique a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. le professeur agrégé Paviot, qui a bien voulu nous donner la réponse suivante :

« Les coupes du fragment qui nous parvient donnent, à un faible grossissement, une nappe cellulaire, interrompue çà et là par des tractus conjonctifs roses, ne formant pas des alvéoles fermées. A un fort grossissement les cellules ramassées dans les espaces laissés libres par cette charpente conjonctive discontinue sont de gros éléments; la plupart du temps rondes, quelquefois ovoïdes, elles ne sont jamais polygonales par pression réciproque. Ces cellules offrent un noyau vésiculeux assez bien serti, peu vigoureusement coloré; plongé dans un protoplasma granuleux, un peu sombre ce qui le rend plus visible. Elles ont nettement le caractère épithéloïde en raison de l'abondance de ce protoplasma; enfin leur limite cellulaire est assez nettement marquée. Suivant les points que l'on observe on peut voir de grandes nappes des cellules ainsi décrites, mais aussi il y a des territoires où le tissu conjonctif s'est allongé en gros trousseaux parallèles qui s'envoient de distance en distance, des anastomoses. Dans les espaces ainsi laissés libres, les cellules se sont massées en deux et le plus souvent plusieurs rangées dont l'ensemble prend grossièrement l'aspect de tubes pleins. Toutes ces cellules paraissent identiques, elles ne diffèrent que par leur volume et encore n'existe-t-il pas de grandes inégalités.

La tumeur est très peu vascularisée, il n'y a aucune hémorrhagie interstitielle et l'on peut parcourir une coupe entière sans rencontrer un seul vaisseau.

En somme, en s'appuyant sur ces résultats et sur ceux donnés par l'opération, on peut affirmer qu'il s'agit d'un testicule et que la tumeur répond à l'épithélioma testiculaire d'une assez grande malignité. »

Le fragment prélevé sur l'épididyme ne présentait pas de différences histologiques essentielles.

OBSERVATION VI

par MM. SOULIGOUX, chirurgien des Hôpitaux et P. LECÈNE,
interne des Hôpitaux.

UN CAS DE CANCER D'UN TESTICULE EN ECTOPIE ABDOMINALE

OBSERVATION. — Le nommé P..., âgé de 27 ans, menuisier, entre le 8 mai 1901, dans le service du Dr Peyrot, à Lariboisière, pour des douleurs abdominales vives, qui ont débuté, il y a trois semaines et ont, depuis lors, progressivement augmenté. Il y a une huitaine de jours, il y eut quelques vomissements verdâtres. La température est absolument normale, mais le pouls est rapide (110). Il n'y a pas de constipation, mais au contraire, un peu de diarrhée. On ne note absolument rien de remarquable dans les antécédents personnels ou héréditaires. Il y a 4 ans, le malade a fait trois ans de service militaire, sans être jamais malade.

Actuellement (10 mai 1901), l'examen de l'abdomen montre que celui-ci est un peu tendu et ballonné; la percussion révèle une sonorité partout égale, sans matité dans les flancs: le maximum de douleur siège dans la région sous-ombilicale, mais il n'y a pas de point particulièrement douloureux. On élimine facilement le diagnostic d'appendicite et d'occlusion intestinale. Mais, en examinant plus complètement le malade, on voit qu'à gauche, *le testicule manque* dans la bourse correspondante. Dans le canal inguinal, de ce côté, on sent une masse molle, douloureuse à la pression et l'on pense qu'il s'agit du testicule en ectopie inguinale. L'autre testicule est absolument normal. Il n'y a pas de blennorrhagie. M. Peyrot porte le diagnostic d'*accidents péritonéaux mal définis, dus probablement à l'ectopie testiculaire*.

Opération le 14 mai 1901. — On pratique une première incision sur le canal inguinal gauche et l'on tombe sur une

masse de veines pelotonnées et gorgées de sang qui représentent évidemment un varicocèle, mais on ne trouve pas de testicule ni de sac herniaire. On ouvre alors le péritoine dans le fond du canal inguinal et l'on sent, dans le petit bassin, une grosse masse rénitente. On fait alors sonder le malade pour s'assurer que ce n'est pas la vessie. Ce cathétérisme ne modifie en rien le volume de la tumeur. On résèque alors la masse du varicocèle inguinal et l'on referme complètement le canal inguinal. On fait alors mettre le malade en position de Trendelenburget l'on pratique une laparotomie sous-ombilicale. On voit alors facilement que la tumeur déjà sentie occupe la partie supérieure du cul-de-sac de Douglas, entre le rectum en arrière, et la vessie, en avant. Elle est continuée par un pédoncule vasculaire vers la fosse iliaque gauche et l'orifice inguinal profond, du côté gauche.

Il s'agit donc évidemment d'un testicule ectopique dégénéré en tumeur. On enlève cette tumeur qui adhère assez fortement à l'intestin grêle. On résèque son pédoncule vasculaire aussi loin que possible dans la fosse lombo-iliaque gauche. Puis on referme le ventre. Les suites opératoires furent normales et le malade sortit guéri au bout de quinze jours.

Examen anatomique. — La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme est très molle ; au cours de l'extirpation elle s'est en partie rompue ; sa surface est bien régulière et sur son bord inférieur on reconnaît l'épididyme continué par un canal déférent d'aspect normal. Toute la masse du néoplasme présente une coloration jaune rougeâtre, avec de nombreux infarctus hémorragiques. Quant à la tumeur du canal inguinal gauche elle est constituée par un paquet de veines dilatées ; c'est donc bien un varicocèle.

L'examen histologique nous a montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma* qui répond absolument à ce que Pilliet a décrit sous le nom d'épithélioma wolffien. De plus, on rencontre de nombreuses hémorragies interstitielles, dissociant les éléments du néoplasme.

CHAPITRE III

Etiologie.

D'une façon absolue le cancer du testicule est loin d'être fréquent, puisque nous n'avons pu en relever que sept cas. Nous avons déjà signalé, il est vrai, une cause d'erreur possible dans cette évaluation. Sans doute un certain nombre de ces tumeurs n'étant pas opérables n'ont pas été enlevées, les observations n'en ont pas été livrées à la publicité, faute de contrôle et de certitude, elles restent ignorées ; il est probable que les faits de ce genre faussent la statistique ; les cas de dégénérescence seraient moins rares si tous avaient été reconnus par une vérification opératoire ou nécropsique. Il ne faut cependant pas exagérer la valeur de cet argument ; il n'est pas admissible que, si l'affection se rencontrait avec une certaine fréquence, on ne l'ait pas décelée plus souvent. Tous ces malades souffrent et viennent réclamer les secours de la chirurgie ; s'ils sont inopérables la rapidité de l'évolution donne bien vite l'occasion de pra-

tiquer une autopsie que son intérêt même commande de ne pas négliger. Si donc des auteurs sérieux tels que Trelat et Peyrot (Dict. encyclopéd. des Sc. médic.), Monod et Terrillon, Reclus, disent ne pas connaître d'exemple du cancer quineux occupe ; si presque tous les chirurgiens n'ont jamais eu l'occasion d'en observer, il faut bien croire qu'il est en réalité exceptionnel.

Ce n'est pas, d'ailleurs, le chiffre absolu de la fréquence du néoplasme abdominal qu'il est utile de considérer, mais bien plutôt la fréquence relative du cancer dans l'ectopie profonde, en raison des conclusions qu'on peut en tirer au point de vue du pronostic et du traitement de l'anomalie de position.

Pour l'ectopie inguinale les statistiques sont très démonstratives ; l'anomalie prédispose à la dégénérescence. On ne compte plus aujourd'hui les cas où est survenue cette complication. Monod et Terrillon, en France, von Kahlden en Allemagne en ont relaté de nombreux ; Wisner, Michiels en apportent d'autres dans leurs thèses, presque tous les cliniciens en ont plus ou moins observé. Schoedel dit avoir rencontré, dans les hôpitaux de Londres, cinq fois le cancer du testicule inguinal pour 36 fois celui de la glande normalement descendue, or tel n'est pas évidemment l'indice numérique du rapport de fréquence des migrations complètes et des migrations arrêtées.

Le danger existe-t-il aussi dans l'ectopie profonde ? En tout cas il est moins grand. Le cancer du testicule dans l'abdomen est fort rare, l'ectopie iliaque ne l'est pas au même point. Godard admet 7 ectopies iliaques pour 39 ectopies inguinales. Von Kahlden rapporte

deux cas de cancer abdominal sur 57 cas de tumeurs primitives de glandes ectopiques, ce qui, toutes proportions gardées, en comparant les deux statistiques, ferait un néoplasme dans la rétention profonde pour près de six néoplasmes trouvés dans les vices de migration. Si la prédisposition créée par l'anomalie était la même dans les deux variétés inguinale et abdominale, d'après ce que nous savons de la fréquence relative du cancer de l'aîne, le cancer profond, bien qu'il échappe beaucoup plus facilement à l'attention que le premier et puisse aisément passer inaperçu, serait retrouvé plus souvent.

Il reste à savoir si la rétention haute n'est pas néanmoins susceptible, quoiqu'à un moindre degré, de favoriser le développement d'une néoplasie. Par analogie il est logique de le penser ; nous n'essaierons pas, à l'aide de chiffres, d'établir si, toutes choses égales, la dégénérescence du testicule caché est plus commune que la dégénérescence du testicule marsupial. Dans le cancer pelvien le diagnostic était très difficile parce qu'il n'y a pas bien longtemps qu'on songe à le poser ; il se fait toujours, au contraire, dans le néoplasme scrotal dont la connaissance remonte à une date bien plus ancienne ; les données ne sont pas égales et comparables. Des statistiques ultérieures pourront fixer ce point, pour le moment il n'est pas possible de conclure avec preuves en main. Langenbeck, Ledouble posent en principe que les malformations ou les anomalies d'un organe le prédisposent aux maladies ; mais faut-il prendre au pied de la lettre cette opinion devenue courante ?

Peut-on, sur cette idée trop théorique, considérer le cancer comme une complication habituelle de toute cryptorchidie ? S'il en est ainsi dans l'inclusion inguinale, il importe de remarquer, comme l'ont fait observer Monod et Terrillon, Reclus, Kahlden, qu'on doit tenir compte ici d'un facteur qui, selon eux, occupe le principal rôle, sinon le seul, dans l'éclosion de la tumeur : nous voulons parler du traumatisme chronique. La glande, arrêtée à l'aîne, est exposée à toutes sortes de froissements continus et répétés. Les heurts et les pressions auxquels elle est soumise du fait des contusions de la région, de la contraction des muscles et de l'action d'un bandage sont autant de causes occasionnelles en dehors desquelles le cancer n'aurait peut-être qu'une faible prédilection pour s'y localiser. Pour le testicule ectopié dans l'abdomen, il est difficile d'invoquer pareil mécanisme. Dans la variété rétro-pariétale, cependant, lorsque la glande est accolée à la paroi, derrière l'orifice interne du canal inguinal dans lequel elle s'engage parfois, faisant alors saillie sous les téguments, les diverses influences que nous venons de signaler peuvent encore s'exercer. C'est bien à la suite d'une vive contraction de la paroi, au cours d'un effort, que Johnson a vu se développer le premier cas connu de tumeur testiculaire abdominale. Mais la glande est complètement à l'abri de tout choc extérieur, lorsqu'elle est iliaque proprement dite ou abdomino-lombaire.

Si, dans ces cas, il existe une prédisposition à la transformation néoplasique, il faut donc la chercher

ailleurs, peut être dans la structure intime, de l'organe arrêté. N'est-il pas, en somme plausible de soupçonner l'anomalie de développement qui produit l'ectopie d'avoir préalablement porté sur la texture de la glande, pour y créer de véritables ectopies cellulaires, des déviations histologiques susceptibles d'engendrer, à un moment donné, la dégénérescence ? Cette hypothèse serait en parfait accord avec les théories séduisantes, récemment émises sur l'origine et la nature des tumeurs des glandes sexuelles, théories qui « encadrent toute la pathologie néoplasique du testicule dans l'histoire des premières formations de la glande génitale ou dans l'activité que celle-ci déploie à former spontanément d'autres êtres et qui font remonter le processus à la procréation de la glande ou à la procréation par la glande ». Persistance d'éléments embryonnaires variables, arrêtés dans leur évolution, inclusion fœtale, segmentation parthénogénétique de cellules femelles emprisonnées dans l'organe durant la période de différenciation, telles sont, en effet, les conditions pathogéniques qui président d'après elles à l'éclosion des tumeurs du testicule. Que ces conditions se trouvent réalisées de préférence dans le cas d'ectopie, il est tout au plus permis de le supposer; quoiqu'il en soit, elles doivent être incriminées au même titre que pour le néoplasme du testicule normal et cette dernière raison nous engage à les rappeler, car il s'agit là d'un des problèmes les plus délicats et les plus obscurs de la pathologie.

Pierre Sebileau résume ainsi les idées de Pillet et

Costes sur l'origine des éléments épithéliaux « Les tumeurs du testicule n'étant pas des néoplasmes purs, de type franc, ce n'est pas d'ordinaire dans les cellules normales, ayant accompli leur évolution totale et définitive, qui tapissent les tubes séminifères, les vaisseaux droits et le *rete testis* qu'il faut chercher leur origine. Celle-ci peut se trouver :

1° Dans les cellules d'ampoules séminifères ou tubes de Pflüger qui auraient manqué leur réunion avec les canaux wolfiens et persisteraient, à l'état de germes fœtaux, sous l'albuginée, au niveau du corps d'Higmore (épithélioma Pflügérien de Pillet et Costes) ;

2° Dans les cellules des canaux wolfiens qui, ne s'étant pas rencontrées avec les tubes mâles de Pflüger persisteraient, à leur tour, dans la même zone testiculaire, formant une nouvelle espèce de germes fœtaux (épithélioma wolfiens de Pillet, de Costes) ;

3° Dans les ovules femelles qu'on retrouve jusqu'à la puberté, dans le hile du testicule et jusque dans les tubes séminifères (épithélioma ovulaire) de même que dans l'ovaire de la femelle persistent, jusqu'à l'âge adulte, sous le nom de cordons médullaires de Waldeyer, un certain nombre de tubes de Pflüger mâles ».

Max Wilms étudie la formation, au niveau des glandes sexuelles, ovaire et testicule, d'une variété très spéciale de tumeurs, constituant un groupe autonome, développées pendant la période génitale, caractérisées par la présence, en proportions inégales, des trois feuilletts du blastoderme (tumeurs tridermiques embryonnées) et susceptibles de revêtir les allures bénignes d'un kyste dermoïde vulgaire

ou l'extrême gravité d'un cancer à récurrence presque fatale, en somme véritables tératomes bénins ou malins. Et l'on voit surgir, avec cette conception, la théorie d'une parthénogenèse qui considère le néoplasme comme tirant son origine de la production asexuée, sans fécondation préalable d'un nouvel être né dans la glande sexuelle active d'un individu adulte.

En admettant ces hypothèses de Costes et Pillet, de Max Wilms, les tumeurs du testicule pourraient être considérées comme d'ordre embryogénique, sans être pour cela d'ordre congénital. Mais pourquoi ce réveil subit de germes si longtemps endormis ? Quelques intéressantes soient-elles, ces discussions sortent du cadre de notre sujet ; nous avons cru devoir nous y arrêter pour faire ressortir les horizons nouveaux qu'elles ouvrent, nous ne saurions insister davantage.

Le cancer du testicule abdominal, d'après les exemples que nous avons, se développerait en pleine période d'activité sexuelle. Comme celui du testicule inguinal et du testicule normalement descendu, il se rencontre surtout entre 25 ans et 45 ans. Les malades dont nous avons rapporté l'histoire avaient 27 ans (Souligoux), 28 ans (Johnson), 34 ans (Picqué), 40 ans (Jaboulay), 44 ans (Khalden), 49 ans (Mathieu). Il n'existe pas chez l'enfant, il doit être très rare chez le vieillard, une fois passée la vie génitale (cas de Arrou, 63 ans).

L'hérédité a-t-elle un rôle ? Les cas que nous relatons tendraient à le faire nier. Dans un seul (Obs. V) on trouve un néoplasme possible de l'estomac en fouillant les antécédents du malade, chez sa mère et

encore la réalité, fondée sur l'interrogatoire, en est-elle fort douteuse. Tous les autres sujets n'avaient pas de tare héréditaire néoplasique : ni cancers, ni teratomes chez les ascendants.

Il n'y a pas de cause déterminante, en règle générale ou, du moins, elle nous échappe. Il s'agit d'hommes vigoureux, jeunes, bien portants, qui n'avaient jamais souffert de leur ectopie jusqu'au jour où éclate, sans raison connue, le premier symptôme de la redoutable complication qu'est le cancer.

La localisation testiculaire peut être secondaire. Dans le cas de Mathieu, il y avait un cancer de rein et du testicule correspondant, mais on ignore sur lequel de ces organes avait porté primitivement la dégénérescence. Dans deux faits observés par Lewinsky et Arrou la pathogénie est évidente. Le premier malade avait un cancer médullaire, la propagation se fit de de proche en proche par le cordon, le testicule d'abord inguinal ne rentra dans l'abdomen qu'une fois tuméfié ; le second fut opéré d'abord pour néoplasme du testicule inguinal et présenta quelques mois plus tard une tumeur maligne du testicule opposé resté dans l'abdomen.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous rappellerons rapidement les caractères macroscopiques communs aux différentes tumeurs dont nous avons relevé la description dans les observations qui précèdent.

Toujours la tumeur a présenté une forme arrondie, ovale, assez régulière, et reproduisant assez exactement la forme d'un testicule très augmenté de volume. Elle n'acquiert cependant pas, en général, d'énormes proportions et varie de la grosseur d'un œuf de dinde à celui d'une tête de fœtus. La surface en est lisse et unie — Picqué l'a trouvée bosselée, ce paraît être l'exception. — Elle est encapsulée par une sorte d'enveloppe fibreuse adhérente qui est, sans doute, l'albuginée distendue et épaissie. Sa consistance est rénitente, plutôt molle, uniforme.

A la coupe, la surface de section est de coloration blanchâtre, blanc-jaunâtre ou gris-rosé, elle offre l'aspect des néoplasmes dits encéphaloïdes. L'épididyme est souvent envahi, tout comme la glande elle-

même, il constitue une masse secondaire, plus petite, accolée à elle ; il est reconnaissable, car il conserve grossièrement sa forme.

Histologiquement, nous trouvons deux fois la mention : épithélioma ; une fois la mention : sarcome globo-cellulaire ; une fois sarcome à grandes cellules. Ce que nous savons aujourd'hui de l'anatomie microscopique du cancer testiculaire, nous autorise à penser qu'en réalité il s'agit dans tous ces cas d'une néoplasie épithéliale, puisque telle est la dégénérescence qu'on observe, pour le testicule, dans l'immense majorité des examens, l'aspect qui faisait dire autrefois sarcome-globocellulaire n'étant plus actuellement interprété dans le sens d'une formation conjonctive embryonnaire.

Il est probable que les différentes espèces histologiques de l'épithélioma testiculaire se retrouvent ici. Souligoux et Lecène ont été en présence d'un épithélioma Wolffien ; la description qui nous a été donnée par M. Paviot correspondrait, au contraire, à celle de d'épithélioma séminifère de Pillet et Costes : le tératome ovulaire ou cancer mixte n'a pas été vu. Quant au rapport de fréquence des diverses variétés, il est évident que nous ne saurions l'établir sur quatre exemples.

Ecrire l'anatomie pathologique fine du cancer abdominal de la glande spermatique, c'est donc décrire les lésions histologiques de l'épithélioma scrotal. Nous empruntons les éléments de cette description à l'article de MM. Pillet et Costes (1).

(1) Revue de Chirurgie, 1895.

Ces auteurs admettent trois espèces distinctes, suivant l'origine de la tumeur (voir *Etiologie*), chacune correspondant à des allures macroscopiques et microscopiques spéciales.

Dans un premier type, la tumeur est volumineuse, le stroma parsemé de nodules cartilagineux ou crétacés ; il existe un grand nombre de kystes, certains gros comme une noix, à contenu variable (mucus gélatineux, matière sébacée, sang). Il s'agit d'un assemblage de tissus multiples, d'une *tumeur mixte*, dans laquelle dominent les éléments épithéliaux de différente nature. Le testicule enveloppe le néoplasme qui est un tératome épithéliomateux, tour à tour attribué à l'inclusion fœtale, à l'évolution anormale d'une cellule (cellule nodale) arrêtée à un certain degré de son développement embryonnaire, à l'époque où elle contient en puissance des tissus différents qui se seraient développés par suite de sa segmentation régulière (Bard, thèse de Trévoux, Lyon 1888) ; à la seule cellule de l'être vivant qui puisse produire tous les tissus les plus différents, à l'ovule (tératome ovulaire, Costes et Pillet).

Ce type n'a pas été rencontré dans l'abdomen.

Le deuxième type est plus petit. La tumeur, grosse comme un œuf de dinde, est creusée d'une grande quantité de kystes minuscules du volume d'une tête d'épingle noire, remplis de mucus plus ou moins concret. Elle est constituée par un épithélium à type cylindrique, diffus. Les cellules sont les unes prismatiques, à plateau et à cils vibratiles, les autres à mucus ; elles tendent à se grouper en formations

tubulées et kystiques. L'analogie avec la structure de l'épididyme normal est saisissante. On retrouve même en certains points la paroi normale lamellaire du tube épидидymaire. Ces caractères font bien de cette variété un *épithélioma Wolffien*.

C'est le type observé par Souligoux.

Le troisième type est intermédiaire comme volume aux deux précédents, c'est une tumeur pleine, à stroma conjonctif épais. Elle contient les éléments séminifères au stade de spermatomères. Le tube séminifère est plus ou moins modifié. Le caractère prédominant est la diffusion des cellules épithéliales dans une gangue connective importante, les cellules paraissent répandues dans le tissu conjonctif très lâche du testicule écarté pour former des travées plus ou moins épaisses. D'après les auteurs, ces éléments cellulaires arrondis sont des ovules mâles auxquels serait dévolu le rôle prépondérant dans la genèse du néoplasme et dont il importe de bien comprendre la signification. Tel est le *type séminifère*.

On voit qu'il correspond assez exactement à la disposition exposée dans notre observation (Obs. V). C'est à lui qu'il faut rattacher aussi la tumeur qualifiée par Mathieu : sarcome globo-cellulaire. Si les cellules sont nombreuses, serrées, de petites dimensions, si la trame est mince, on peut, en effet, songer au sarcome et faire erreur. Les grosses cellules décrites par Kahlden n'étaient-elles pas des spermatomères? On connaît bien pour le testicule scrotal l'épithélioma à grandes cellules; d'autre part, l'ordi-

nation alvéolaire trouvée par places, la présence de formations analogues aux canalicules testiculaires nous confirmeraient dans l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale et de la variété séminifère.

Pour compléter cette étude anatomo-pathologique, il nous reste à indiquer les connexions de la tumeur et ses complications.

Elle possède un pédicule vasculaire, unique, peu volumineux qui fait suite à l'épididyme dégénéré ou sain, se détache de la partie postéro-supérieure du néoplasme et suit une direction variable, tantôt en bas vers l'orifice interne du canal inguinal, tantôt du côté de la fosse lombaire. Le canal déférent, des artères et des veines plongés dans une atmosphère conjonctive et parfois entourés d'un court mésentère péritonéal (Mathieu, Obs. II) constituent ce pédicule.

La tumeur possède des adhérences constantes. Les anses intestinales, parfois agglomérées à son voisinage, l'épiploon, la vessie, le cul-de-sac recto-vésical, l'arcade crurale (Jaboulay) lui sont rattachés par des brides plus ou moins serrées, plus ou moins vasculaires. Ces fausses membranes peuvent, à elles seules créer d'importantes complications viscérales; elles font toujours naître des difficultés opératoires.

On peut observer des compressions principalement quand la tumeur plonge ou prolabe dans le petit bassin; on a vu le rectum aplati contre le sacrum, la vessie refoulée en avant et déformée.

Le péritoine n'est pas envahi. Le néoplasme est encapsulé et, pour cette raison sans doute, il ne se fait pas de greffe.

Piqué a noté cependant un épaissement suspect sur le cul-de-sac recto-vésical. V. Kahlden a vu, sur le péritoine pariétal des nodules néoplasiques de la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de pigeon (Obs. III). L'ascite réactionnelle existe quelquefois, mais toujours en très petite quantité, à moins que la masse cancéreuse ne soit énorme et que l'exsudation, alors abondante, ne tienne à la compression vasculaire dont on retrouve les autres signes.

Enfin, à la période cachectique, on observe des lésions ganglionnaires le long de l'insertion du mésentère, dans les fosses iliaques, la région lombaire, adénites sur la date d'apparition desquelles il n'est guère possible d'être renseigné. Les ganglions rétro-péritonéaux sont durs, hypertrophiés, pigmentés, noirâtres. L'adénite sus-claviculaire, assez souvent notée dans le cancer du testicule descendu, a été relevée dans le cas de Piqué ; le canal thoracique était-il envahi ? Nous ne le savons pas. Le néoplasme qui retentit vite sur les ganglions lymphatiques ne semble avoir, au contraire, qu'une faible tendance à se généraliser aux organes. Kahlden seul a signalé la présence de noyaux secondaires, dans le foie, le péritoine, le cordon.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

1^o *Début*.—Le cancer du testicule en ectopie abdominale peut présenter plusieurs sortes de débuts.

Le début brusque est exceptionnel; il a été noté par Johnson et c'est en effet à la suite d'un effort musculaire (au cours d'une partie de cricket, en pleine santé, dans le cas particulier) que le malade ressent le premier symptôme de sa redoutable lésion: une douleur violente, survenant en coup de fouet, localisée dans l'abdomen.

D'autrefois, c'est spontanément, sans cause appréciable, qu'apparaît tout-à-coup la vive douleur abdominale, premier signe de l'affection (cas de Souligoux).

Il est probable, malgré l'absence de prodromes, qu'il y a là une phase latente, que la tumeur, pendant un certain temps, se développe sournoisement, en silence, sans donner aucune manifestation fonctionnelle jusqu'au jour où, soudainement, elle se révèle,

à l'occasion d'une cause quelconque ou sans raison apparente.

Mais, que cette période initiale se traduise par quelques symptômes légers, progressifs, et l'on sera en présence de la forme à début lent observée dans le cas de Picqué et le nôtre. C'est principalement vers la région lombaire que siège une souffrance vague, intermittente d'abord, laissant au patient des trêves assez longues, puis continue, pénible, mais très supportable, sans irradiations encore, peu inquiétante et d'autant plus dangereuse pour le sujet qu'il l'endure et reste des semaines sans consulter un médecin.

2^o *Etat*. — Plus ou moins rapidement (deux mois Picqué, un mois Jaboulay), avec le progrès du mal, la tumeur devient appréciable. Un jour le malade se découvre une grosseur dans le ventre, soit à gauche, soit à droite, jamais médiane. Il est utile de faire préciser ce point qui a son importance diagnostique. Peu à peu cette masse augmente, cependant que les troubles fonctionnels s'accusent et que, le plus souvent, la santé déperit. L'intervention est alors réclamée, le chirurgien n'a pas de peine à mettre le doigt sur la lésion dont il peut étudier les caractères cliniques et les connexions.

L'abdomen est peu distendu ; il peut n'offrir aucune déformation ou se trouver moyennement augmenté de volume, plus saillant du côté malade.

La tumeur est latérale ; elle occupe partie ou totalité d'une fosse iliaque, parfois même elle empiète sur l'autre. Son volume est ordinairement modéré et,

si elle peut devenir énorme, remplir une fosse ilio-lombaire (cas de Johnson et cas de Arrou), on la sent, le plus souvent, grosse comme un poing, comme une tête de fœtus, comme deux poings. Sa surface est, ou bien lobulée (Picqué) ou, plutôt, lisse et unie ; la consistance en est égale et rénitente, elle n'offre ni la fluctuation d'un kyste, ni la dureté fibromateuse.

Cette tumeur est peu mobile ; fixée, par des adhérences plus ou moins serrées, à l'intestin grêle, à la vessie, à l'arcade de Fallope, à la paroi abdominale, retenue par son pédicule vasculaire, on ne lui imprime qu'avec peine des déplacements limités. Elle peut, en outre, plonger dans le petit bassin et s'y trouver plus ou moins enclavée, aussi le toucher rectal ne sera-t-il jamais négligé. Si la masse plonge dans l'excavation pelvienne, le doigt rencontrera la saillie qu'elle y fait et, par l'exploration de son pôle inférieur, complètera les renseignements du palper sur la consistance, l'état de la surface, la mobilité du néoplasme.

La percussion donne : au devant de la tumeur, qui est en contact immédiat avec la paroi, une zone de matité et de la sonorité dans les flancs. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, par analogie avec ce que l'on observe dans les dégénérescences malignes de l'ovaire, il n'y a pas d'ascite ou trop peu pour qu'elle soit cliniquement appréciable ; pas de flot, pas de ballottement (Picqué, Jaboulay, Souligoux) ; lorsque l'ascite se développe c'est que la tumeur inopérable a pris un volume énorme et

donne les signes ordinaires de la compression vasculaire.

La recherche des ganglions lymphatiques doit être minutieuse. Ils sont profondément situés dans la fosse iliaque, dans la région lombaire et difficilement accessibles; il n'existe pas d'adénopathie inguinale.

Leur présence, grosse de déductions pronostiques, ne sera donc révélée que par une exploration méthodique et soigneuse. Le malade étendu sur le dos, les cuisses fléchies, on lui recommande de respirer longuement, c'est alors seulement que les deux mains appliquées à plat sur la paroi et la déprimant avec force, on aura la sensation d'un empâtement profond, de masses diffuses qui, sans constituer un signe de certitude d'engorgement, n'en possédera pas moins une réelle valeur de probabilité; puis, un examen du foie, de la rate, des reins, des poumons permettra la recherche de noyaux cancéreux secondaires dans ses organes. Ils n'ont été signalés qu'une fois (Kahlden). On a, par contre, noté des ganglions à distance, derrière la clavicule (Picqué).

Il faut enfin découvrir l'ectopie testiculaire et pour cela il faut y penser; le malade n'attire généralement pas l'attention du médecin sur cette particularité de si haute signification. Le côté du scrotum correspondant à celui où se trouve la tumeur, ou si la tumeur a envahi tout le ventre, à celui où elle a débuté, est inhabité; la glande et le cordon font défaut, le canal inguinal est également vide de son contenu. C'est là qu'est la clef du diagnostic. Cette constatation sur

un individu porteur d'une néoplasie abdominale ne permettra pas, sans doute, d'affirmer la dégénérescence de la glande ectopiée, mais elle dirigera dans ce sens les investigations et c'est déjà beaucoup lorsqu'il s'agit d'une affection rare à laquelle on n'a guère coutume de songer.

Signes fonctionnels. — *La douleur* est un signe précoce, tantôt vive d'emblée, tantôt légère au début, mais rapidement progressive; elle ne fait jamais défaut. Tour à tour gravative et lancinante, elle siège principalement dans l'abdomen, au niveau de la tumeur, d'où elle s'irradie aux lombes, aux cuisses, au périnée, au scrotum. Elle est spontanée et semble peu influencée par la palpation, les contractions de la paroi abdominale sous les différents efforts volontaires ou involontaires, comme dans l'éternuement, la toux, la défécation, etc. La fatigue, les travaux pénibles, les efforts répétés, la station debout prolongée l'exacerbent; elle n'est pas toujours améliorée par le repos dans le décubitus. Les paroxysmes sont fréquents, ils se produisent à certaines périodes suivies d'accalmies relatives, souvent sans cause apparente. Le néoplasme est parfois indolore, parfois très sensible à la pression; ce dernier mode est plus rare.

Suivant les connexions qui s'établissent, les troubles de compression provoqués varient. Ils peuvent manquer; s'ils se montrent, ils portent sur la vessie : dysurie, fréquence des mictions, ténesme; sur l'intestin, le rectum, constipation, distension des anses, ballonnement du ventre. Les compressions

vasculaires et nerveuses ne se produisent que tardivement, si la tumeur a pris des proportions considérables.

Les phénomènes péritonéaux prédominaient dans le cas de Souligoux; le néoplasme est donc susceptible de simuler à un moment donné, la péritonite dont il peut constituer à peu près de toutes pièces, le tableau symptomatique : rétention des matières et des gaz, météorisme, sensibilité abdominale, vomissements porracés. Ces poussées péritonéales ne s'accompagnent pas, toutefois, d'une élévation thermique. On peut également songer, en pareil cas, à l'occlusion intestinale.

Signalons, pour terminer, cet exposé des manifestations fonctionnelles, l'existence possible d'un *varicocèle symptomatique*. Cette dénomination nous paraît convenir à cette masse mollassse, mobile, douloureuse que M. Souligoux décrit chez son malade et qui, prise, tout d'abord, pour le testicule ectopié à l'aîne, fut reconnue, après l'incision, pour être un paquet de veines pelotonnées et gorgées de sang, un véritable *varicocèle inguinal*.

Evolution. — L'état général peut s'altérer très vite et l'affection évoluer d'une façon aiguë, ainsi que Johnson a pu l'observer. Ordinairement le cancer est, un certain temps, compatible avec l'intégrité de la santé; les malades laparotomisés par Picqué et Souligoux (Obs. IV, Obs. VI) étaient des hommes vigoureux; nous ne savons malheureusement pas ce qu'est devenu le premier et comment ira le second; il est possible, au reste, qu'opérés assez tôt, ils aient

été définitivement guéris ; mais que le porteur temporaire, l'envahissement ganglionnaire ne tarde pas à se faire ; l'appétit se perd, l'amaigrissement survient, la perte des forces est grande et moins d'un an suffit à conduire le patient au dernier degré de la cachexie, terminaison habituelle de l'affection. Il est curieux de voir, dans les cas qui ne sont pas opérés, la tumeur, qui était longtemps restée de volume moyen et n'avait augmenté que lentement, prendre brusquement un accroissement beaucoup plus rapide. A partir de ce moment la déchéance générale s'accroît très vite ; au bout de quelques semaines la mort survient (Von Kahlden, Johnson).

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic comporte plusieurs questions.

Tout d'abord y a-t-il tumeur ? Au début, la douleur est l'unique symptôme qu'accuse le malade ; le ventre n'est pas augmenté de volume, la tumeur est petite ; elle reste, en général, de grosseur très moyenne, il faut la rechercher pour la découvrir ; à travers une paroi épaisse ou résistante il est aisé de concevoir que la chose soit difficile. Que la douleur vive, continue, paroxystique, soit localisée dans la région lombaire, comme il arrive fréquemment, la colique néphrétique, la névralgie pariétale, la névralgie lombaire, idiopathique ou symptomatique d'un mal de Pott, la néphralgie, les crises douloureuses préataxiques se présenteront tour à tour à l'esprit du clinicien ; que le siège des souffrances soit placé dans l'abdomen : l'intestin, la vessie, l'appendice, seront incriminés. Il est bien certain que, dans ce cas, on ne pourra que soupçonner un cancer latent du testicule absent dans les bourses.

Quand la tumeur est constatable, le diagnostic est possible si l'ectopie est découverte. Le malade ne la signale ordinairement pas ; lorsqu'on ne pense pas à explorer le scrotum l'erreur est inévitable. C'est sans doute à l'examen incomplet des malades qu'il faut attribuer sa fréquence. (Sur les six cas que nous rapportons le diagnostic n'a été porté que deux fois) (Obs. IV et V.) Nous en tirerons cette conclusion que le chirurgien ne doit jamais négliger la recherche de la glande à sa place normale et sur le trajet accessible de sa migration, toutes les fois qu'il est en présence d'une tumeur abdominale chez l'homme. Si le testicule n'est retrouvé ni dans les bourses, ni à l'aîne, il sera logique de faire un rapprochement entre, d'une part, la tumeur abdominale et, d'autre part, l'anomalie et de dire : néoplasme du testicule ectopié dans le ventre. Mais ce n'est là qu'un diagnostic de probabilité qu'il reste à confirmer par une étude approfondie des symptômes et l'élimination méthodique des lésions simulatrices.

Une première cause d'erreur consiste à croire que le testicule est arrêté dans la région inguinale. Un varicocèle, comme dans le cas de Souligoux, un ganglion volumineux sont aisément pris pour lui et empêcheront, dès lors, de l'incriminer dans la genèse du néoplasme. Ces cas sont, sans doute, exceptionnels.

Mais, alors même que l'ectopie est nettement abdominale, étant donné la rareté des tumeurs qui nous occupent et la fréquence incomparablement plus grande des autres tumeurs de l'abdomen qui peuvent, en somme, coexister avec l'ectopie, il faut

toujours y songer et se demander si *la localisation est réellement testiculaire*. Très nombreuses sont, en effet, les lésions susceptibles de donner le change; toutes les formations kystiques ou néoplasiques de la cavité abdomino-pelvienne peuvent entrer en ligne de compte pour exercer la sagacité du médecin. Parmi les signes que nous avons relevés dans notre dernier chapitre, aucun n'est, en effet, pathognomonique. Il n'en est pas moins vrai que l'affection se traduit par un ensemble de symptômes physiques et fonctionnels, qui valent par leur groupement et lui marquent une place dans le cadre nosologique. L'existence d'une tumeur présentant les caractères, déjà décrits, de volume moyen, lisse et unie, rénitente, peu mobile, indolente, née dans une fosse iliaque et restée latérale, la présence d'une douleur précoce, tenace, spontanée, paroxystique, irradiée, l'évolution rapide doivent permettre, une fois l'éctopie constatée, d'affirmer que la dégénérescence porte bien sur la glande arrêtée dans sa migration.

Il sera, cependant, de la plus haute utilité d'écarter, par des éliminations successives, la localisation possible sur d'autres organes. L'importance de ce *diagnostic différentiel* nous engage à le traiter longuement.

Nous n'insisterons pas sur les affections de l'abdomen supérieur : tumeurs de la rate, du foie, de l'estomac qui, bien plus haut situées, ne constitueront pas, le plus souvent, une cause d'erreur, à l'exception, peut-être, des kystes hydatiques pédiculés de la rate ou du foie. Mais, outre que ces kystes sont

rare, leur consistance est plus ou moins nettement fluctuante, leur marche est lente, ils retentissent moins qu'un cancer sur l'état général.

Les affections rénales prêteraient davantage à confusion. C'est, tout d'abord, le rein flottant, coïncidant avec une ectopie testiculaire abdominale, provoquant des douleurs lombaires et, parfois, un certain degré d'altération de la santé (troubles digestifs, neurasthénie, etc.). Il est aisé de se rendre compte qu'il s'agit ici d'une tuméfaction oblongue que sa très grande mobilité et sa réductibilité parfaite dans la fosse lombaire caractérisent.

Plus facilement, le cancer du rein peut égarer l'observateur ; mais si, parfois, ses signes fonctionnels sont peu appréciables, il se traduit, en revanche, le plus souvent, par des douleurs, des hématuries assez spéciales et, dans l'immense majorité des cas, l'exploration méthodique de la région lombaire, pratiquée selon les règles énoncées par Guyon, Le Dentu, Glénard, renseignera sur l'augmentation de volume de l'organe, siège de la lésion. Quant au varicocèle symptomatique, il est difficile, dans la circonstance, de le retrouver, à moins que, par hasard, le cordon ne soit descendu plus bas que le testicule et qu'il n'ait pénétré dans le canal inguinal où sa présence soit constatable. Encore savons-nous maintenant que pareille constatation serait dépourvue de valeur diagnostique, puisque M. Souligoux vient de voir le varicocèle inguinal symptomatique d'une tumeur maligne du testicule abdominal. Si, comme dans le cas de Mathieu, la tumeur

rénale est la compagne de la tumeur testiculaire, il sera très difficile de les distinguer, souvent même impossible, à moins que des espaces nets et importants ne les séparent.

Avec l'hydronéphrose fluctuante et indolente, capable de subir d'énormes variations de volume, coïncidant avec des émissions plus ou moins abondantes d'urine, la confusion est peu faisable.

Nous ne signalerons que pour mémoire les kystes du rein : kystes séreux, dégénérescence kystique, kystes hydatiques qui ne ressemblent guère à l'affection qui nous occupe.

Du côté de l'intestin ce sont les néoplasmes du colon qui donneraient surtout le change. Dans les deux cas, en effet, il y a tumeur plus ou moins latérales, troubles intestinaux, cachexie ; mais, dans le cancer de l'intestin, les phénomènes digestifs sont plus marqués ; les selles peuvent contenir du sang et des débris cancéreux ; les symptômes d'occlusion subaiguë et d'entérite chronique prédominent ; il n'y a pas, à proprement parler, de douleurs, il s'agit plutôt de coliques ; les irradiations font défaut.

On a pu songer, dans certaines circonstances, à l'appendicite. Le début par une douleur vive, survenue brusquement dans la fosse iliaque droite, devait y faire penser chez le malade de Johnson. La tumeur, adhérente à la paroi et douloureuse à la pression, était susceptible d'être prise pour un plastron inflammatoire ou symptomatique d'un abcès péricœcal. Le cas de Souligoux est encore plus typique à cet égard. Le commémoratif d'une douleur subite, au

voisinage de l'ombilic, la présence de phénomènes péritonéaux : ballonnement, vomissements porracés, sensibilité abdominale, constituaient un tableau clinique assez spécial pour faire naître l'erreur, d'autant plus facile à commettre que la tumeur n'avait pas été sentie. Sans le varicocèle inguinal on ne l'eût probablement pas évitée.

L'impossibilité de provoquer une douleur exquise nettement localisée au point de Mac Burney, ou présentant à ce niveau son maximum, la recherche et la constatation d'une tumeur qui offre les caractères déjà décrits, l'absence de fièvre et de température feront éliminer l'appendicite.

La péritonite généralisée sera rejetée pour ces dernières raisons.

Le varicocèle inguinal est susceptible d'en imposer pour le testicule qu'on ne retrouve pas dans la bourse correspondante. S'il y a des accidents péritoniaux, il paraît naturel de les attribuer à l'ectopie (Obs. VI) et, si le malade ne signale pas sa tumeur, elle reste méconnue parce qu'on ne la cherche pas. Que les signes d'occlusion soient marqués, l'étranglement d'une entéro-épiplocèle, complication fréquente de l'ectopie, vient à l'esprit et l'on ne songera pas à un varicocèle symptomatique de l'aine, qui est une rareté clinique. Le varicocèle, qui peut fournir, maintenant, un élément précieux de diagnostic, est donc aussi très susceptible de tromper.

Lorsque la tumeur plonge dans le petit bassin, lorsqu'elle est prolabée même complètement dans le cul-de-sac recto-vésical (Souligoux) les symptômes

de compression vésicale et rectale domineront la scène; un examen approfondi de ces organes établira leur intégrité et permettra d'écarter les lésions qui leur sont propres.

Les tumeurs vésicales, bénignes ou malignes, entraînent toujours des troubles plus marqués de la miction; les hématuries spontanées, capricieuses, abondantes, rebelles, récidivantes sont capables d'affaiblir puissamment les malades; le cathétérisme, la cystoscopie fourniront des renseignements précieux pour le diagnostic.

Dans les néoplasmes du rectum, le doigt reconnaît une masse irrégulière, bosselée, dure, recouverte de végétations saignant facilement; il ramène une sanie fétide et parfois des débris cancéreux; les selles moulées sont sanguinolentes. Ces différents signes ne sauraient exister dans une sténose d'origine extra-pariétale.

Le diagnostic peut encore se poser avec les adénites iliaques, la péritonite tuberculeuse, les fibromes de la paroi.

L'inflammation des ganglions iliaques externes est parfois difficile à déceler; les adénites chroniques, à marche lente, à cause éloignée, ordinairement méconnue, déterminent des douleurs analogues à celles du testicule iliaque cancéreux, en offrent la forme et peuvent amener une certaine cachexie. Il est possible, cependant, de les distinguer: elles s'accompagnent d'une tuméfaction des ganglions de l'aîne qui ont fait souffrir primitivement le malade. Nous avons vu que l'adénopathie inguinale faisait défaut dans le cancer abdominal du testicule.

La péritonite bacillaire ulcéreuse, grande simulatrice, a causé bien des erreurs de diagnostic, c'est pour ce motif que nous la signalons ici.

Disons enfin que la confusion avec un fibrome de la paroi ne sera pas de longue durée, si l'on songe à explorer les connexions de la tumeur, immobilisée par la contraction des muscles.

Il nous resterait à passer en revue les lésions osseuses cancéreuses et autres du petit bassin; nous ne voulons pas entrer dans le détail de leurs symptômes, qu'il nous suffise d'indiquer que le diagnostic reposera sur les points d'attache osseux de la tumeur et sur sa marche.

Comme on le voit, en somme, les raisons de se tromper sont aussi multiples que les localisations possibles d'un néoplasme abdominal, iliaque ou pelvien. Nous avons tenu à les signaler avec détail pour mettre en garde contre elles le chirurgien, car nous croyons à l'importance d'un diagnostic précoce, difficile sans doute, mais qu'une étude approfondie du malade, une connaissance suffisante des causes d'erreurs, permettront seules de poser. C'est la condition d'une intervention hâtive et, par suite, vraisemblablement efficace.

Dire qu'on est en présence d'une tumeur testiculaire c'est affirmer sa *nature*. Nous ne savons pas qu'on ait signalé l'orchite chronique simple, l'orchite syphilitique dans l'ectopie abdominale; l'orchite aiguë s'accompagne de péritonite, de fièvre, de signes inflammatoires qui ne sauraient tromper.

La tuberculose aurait été observée deux fois : Godard cite, d'après Robert, un fait qu'il considère comme un exemple de dégénérescence tuberculeuse de la glande retenue dans l'abdomen. Il s'agit d'un testicule inclus, rencontré dans une autopsie « ramolli et converti en une substance vraiment tuberculeuse ».

Ce fait, rapporté sans plus de détails, n'est pas probant. Larrey a relaté un cas qui est encore moins net. La bacilliose du testicule caché, si elle existe, n'a donc pas d'histoire clinique.

Nous n'avons pas relevé de cas de tumeurs bénignes. Du reste l'évolution rapide, le prompt retentissement ganglionnaire, l'amaigrissement, l'acheminement vers la cachexie ne laissent aucun doute sur l'existence du cancer.

Est-il possible de pousser plus loin l'investigation, de préciser davantage ? Nous ne croyons pas la clinique susceptible de fournir les éléments d'un *diagnostic histologique*. Tout au plus pourrait-on songer au lymphadinome en présence d'une splénomégalie et d'adénites multiples. Picqué l'avait soupçonné dans le cas qu'il rapporte, mais il reste muet sur les résultats de l'examen microscopique et la destinée ultérieure de son malade. La question ne fut pas tranchée. En règle générale, il faut se souvenir que les probabilités sont en faveur d'une tumeur épithéliale.

Enfin le chirurgien devra rechercher avec soin les *différentes complications* : propagation aux ganglions lombaires et iliaques, aux ganglions médiasti-

naux, thoraciques métastases viscérales, amaigrissement, déchéance de la santé etc., dont il retirera de précieuses indications pour le pronostic et le traitement.

CHAPITRE VII

Pronostic

Le pronostic est fatal, la mort survenant d'ordinaire par cachexie plus ou moins rapide.

Limité dans son extension par l'albuginée qui l'encapsule d'une coque fibreuse tout comme celle de la glande normalement située, le néoplasme du testicule, arrêté dans sa migration profonde, n'acquiert généralement pas un volume considérable ; il se développe lentement, du moins pendant des mois, n'a pas une tendance marquée à se propager aux parties voisines qui sont le plus souvent respectées. Mais il n'y a là qu'une apparence de bénignité relative. Bien que les ganglions extérieurs restent intacts, les ganglions profonds, impalpables, vu leur siège, avant d'avoir acquis des dimensions importantes sont envahis et susceptibles de fournir le germe d'une récurrence après l'ablation de la tumeur principale. Les faits de guérison opératoire, à la suite d'interventions très précoces sont évidemment admissibles, nous

manquons de résultats éloignés pour en affirmer la possibilité. En tous cas, lorsque l'affection est abandonnée à elle-même ou traitée tardivement l'évolution en est très courte ; en moins d'une année elle aboutit au terme fatal. Le jeune âge des malades et la nature histologique de cette variété de néoplasmes (il s'agit d'épithéliomes) représentent sans doute les facteurs de cette malignité.

Traitement

Quelque problématique que soit la prédisposition au cancer créée par la position vicieuse de la glande séminale, il faut se demander s'il n'y aurait pas lieu d'instituer un traitement préventif du cancer ectopique en pratiquant soit la cure radicale de l'anomalie, soit l'ablation du testicule. Pour l'inclusion inguinale le principe de la castration préventive a été soutenu par quelques chirurgiens, l'orchidopexie se fait couramment ; mais en ce qui concerne l'ectopie abdominale les auteurs classiques ne se sont jamais préoccupés de la possibilité d'une transformation néoplasique dont, encore aujourd'hui, la plupart disent ne connaître aucun exemple. Monod et Terrillon, très affirmatifs sur ce point, s'expriment de la façon suivante : « On ne songera évidemment pas à amener au dehors, par un acte chirurgical quelconque, un testicule iliaque. On se souviendra

d'ailleurs que la glande incluse dans l'abdomen n'expose pas aux mêmes inconvénients et dangers que le testicule inguinal. On n'hésiterait donc pas à la refouler dans le ventre si, franchissant tardivement l'anneau interne, elle paraissait vouloir venir se fixer dans la région de l'aîne ou si sa progression ne semblait pouvoir se faire qu'au prix d'une hernie. »

Wisner, dans sa thèse, soulève le problème, mais il le résout par la négative : «Nous n'y insisterons pas car, malgré la bénignité d'une opération abdominale qui aurait pour but l'ablation du testicule resté dans l'abdomen, nous ne pensons pas qu'il puisse être question d'employer cette pratique, bien que la castration inguinale préventive ait pu être érigée en méthode générale dès que l'antisepsie eût fait de cette opération une intervention dépourvue de gravité ».

Nous rejetons aussi la castration préventive ; c'est une opération trop sérieuse pour un danger qui est douteux.

Faut-il repousser également l'orchidopexie ?

Nous connaissons, à l'heure actuelle, des cas de fixation du testicule abdominal au scrotum. Arrou, dans son traité, conseille cette opération en limitant l'indication aux cas où la glande est située derrière l'orifice interne du canal inguinal : « Les variétés pelvienne, iliaque, sous-rénales ne sont susceptibles, dit-il, d'aucun traitement ; une seule intervention s'imposera quand le testicule sera atteint d'inflammation, de dégénérescence ou de névralgies rebelles,

c'est la castration. Il n'en est pas de même de la variété rétro-pariétale, surtout quand la glande est mobilisable. L'on pratiquera à la fois la cure radiale et l'orchidopexie. *Quelles que soient les difficultés de l'intervention elle doit toujours être tentée* ».

Au point de vue de son manuel opératoire, elle ne diffère guère de celle de l'ectopie inguinale ; avant toute manœuvre il est indispensable de fixer le testicule qui pourrait s'échapper dans le ventre et ne pas être ressaisi ; l'incision qui découvre le trajet inguinal sera longue ; l'ouverture du repli péritonéal qui coiffe la glande fait apparaître celle-ci qui est amenée et fixée dans la bourse vide. On reconstitue la paroi postérieure, puis antérieure du trajet.

Cette conduite a donné des succès à Guelliot, à Monod et Championnière, à Schwartz, à Richelot.

A notre point de vue et dans un but préventif, nous croyons que, lorsque la glande est accessible au palper, il faut l'attirer dans le scrotum, mais si la palpation reste muette, nous ne pensons pas qu'on soit autorisé à chercher au delà de l'orifice inguinal interne un testicule sans doute atrophié, malformé, qui se dérobe dans les profondeurs du ventre. Il est bien certain que, dans ces conditions, on ne doit le tenter que si l'enfant est cryptorchide, l'infécondité et même l'impuissance étant la conséquence de cette double ectopie pelvienne. Une telle infirmité, mais non la prévision d'une dégénérescence ultérieure hypothétique, autorise un essai aussi hasardeux.

Une fois que la lésion a débuté, la question ne se pose plus : il faut intervenir ; si l'on s'abstient la mort

est fatale; pour petites que soient les chances de succès le chirurgien les doit au malade et ne peut les lui refuser. Quelle sera l'intervention ?

Deux voies d'accès sur la tumeur se présentent à l'opérateur : l'incision latérale, parallèle ou non à l'arcade de Fallope, et l'incision médiane sous-ombilicale, celle que Picqué et Jaboulay ont pratiquée d'emblée, et Souligoux secondairement. La première, en effet, bien qu'elle tombe sur le milieu du néoplasme, n'en facilite pas l'extirpation; elle donne moins de jour, elle ne découvre pas l'excavation pelvienne, elle ne permet qu'imparfaitement l'exploration manuelle des régions iliaque et lombaire. La laparotomie médiane sous-ombilicale est donc l'opération de choix. La position de Trendelenburg est indiquée pour faciliter les manœuvres.

Les différentes couches sont incisées jusqu'au péritoine pariétal. A l'ouverture de ce dernier, on peut voir s'écouler une petite quantité de liquide ascitique; la tumeur n'adhère généralement pas à la paroi, mais tous les auteurs ont signalé des adhérences à l'intestin, à l'épiploon, au cul-de-sac recto-vésical, à la vessie, à l'arcade crurale, qui gênent l'énucléation. Les adhérences viscérales (intestin, vessie) sont lâches, facilement isolables; on les décolle par le procédé ordinaire; les adhérences aux parties fibreuses (arcade, paroi) sont, au contraire, serrées et vasculaires, il faut les disséquer après ligatures. Ce temps est un peu laborieux.

Lorsque la tumeur est libérée de ses attaches, il faut aller à la recherche de son pédicule vasculaire, qui

se trouve d'habitude en arrière et remonte, du côté de la fosse lombaire, vers l'origine des vaisseaux spermatiques. On se dirige vers l'orifice profond du canal inguinal.

Ce pédicule est traité comme celui d'un kyste de l'ovaire : ligature à la soie et excision. Après isolement, on le saisit entre le mors d'une pince-longuette, le plus haut possible ; le néoplasme est détaché au-dessus de la pince ; on place les fils au-dessous d'elle. La ligature en chaîne de Thornton, pratiquée avec de la soie forte, est la ligature de choix. Alors même que le pédicule est grêle, il ne faut pas se contenter d'un seul lien circulaire qui pourrait se dégager après réduction du pédicule ; avec la ligature en chaîne, pareil accident n'est jamais à redouter. Lorsque le pédicule est assez mince pour n'exiger que deux ligatures, on peut substituer au double fil de la chaîne le nœud en 8 de chiffre de Lawson-Tait qui donnera une sécurité suffisante.

On s'assure de l'hémostase après avoir enlevé la pince ; le moignon est réduit dans le péritoine.

Il ne faut pas négliger de pratiquer l'exploration manuelle des fosses iliaque et lombaire, pour se renseigner sur l'état des ganglions ; un coup d'œil vérifiera également la surface de section des adhérences qui saignent facilement, puis le ventre est refermé par trois plans de suture.

Si les manœuvres d'extraction ont été longues et laborieuses, si l'hémostase n'est pas parfaite, s'il est malaisé de tarir un suintement en nappe qui laisserait des inquiétudes, il nous semble que l'application

d'un tamponnement à la Mikulicz destiné à rester en place 48 heures, est la meilleure conduite à tenir.

Deux fils métalliques, passés sur les deux lèvres de la plaie, au niveau du collet de la compresse, l'un à droite, l'autre à gauche, seront laissés sur place et pourront être serrée secondairement à l'ablation du Mikulicz pour rapprocher les surfaces cruentées et achever la suture. C'est un moyen de parer à l'éventration qui a son importance chez un homme jeune et robuste.

Les résultats opératoires ont été bons jusqu'ici, la plaie guérit vite et bien, même chez des sujets affaiblis ; l'opération possède l'innocuité d'une laparatomie aseptique. Mais dans la suite quel bienfait les malades en retirent-ils ? *Quelle est la valeur de l'intervention ?* L'avenir seul pourra l'apprendre ; à défaut de documents nous ne saurions nous prononcer sur ce point. Il est rationnel de penser que faite de bonne heure, après un diagnostic précoce, en l'absence de toute propagation ganglionnaire, l'ablation de la totalité du cancer pourra donner des guérisons définitives. Michiels en relate deux cas certains pour l'ectopie inguinale : « Les cas de guérison absolus et bien connus ne sont qu'au nombre de deux, celui de Després dont le malade opéré en 1875 pour sarcome alvéolaire ne présentait aucun symptôme de récurrence en 1879, et celui du professeur Guyon, dont le malade opéré en 1879, pour un carcinome réticulé, était encore sain en 1889 ». La récurrence est la règle.

Dans le cancer du testicule scrotal, elle est si habituelle que le malade est considéré comme devant

mourir à la même époque, qu'il soit opéré ou non, d'où le conseil de le laisser tranquille. Ce pessimisme nous paraît excessif. On peut toujours espérer obtenir par l'extirpation faite en temps utile la plus longue survie possible, sinon la cure radicale ; si l'on ajoute que l'on parviendra le plus souvent à diminuer les douleurs, toujours à produire un effet moral, bien nécessaire, on voit qu'il n'y a pas lieu d'hésiter pour pratiquer la castration.

Mais si l'état général du sujet est altéré, si l'engorgement ganglionnaire devient appréciable, la règle de conduite doit être tout-à-fait différente.

Dans le cas que nous avons publié, l'intervention a supprimé les douleurs, mais nous a semblé précipiter la cachexie. A cette période de l'affection, l'indication nous paraît discutable. nous croyons que le chirurgien fera mieux de s'abstenir, à moins que la violence des douleurs, l'intensité ou la nature des troubles de compression, ou les réclamations du malade ne lui forcent la main.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du testicule existe dans l'ectopie abdominale ; quoique moins fréquent que dans l'inclusion inguinale, il n'est pas si exceptionnel qu'on l'a cru jusqu'à ce jour.

II. — Au point de vue histologique, il semble qu'on ait affaire ordinairement à un épithélioma.

III. — La clef du diagnostic est la constatation de l'anomalie de position de la glande. Il faut toujours explorer le scrotum lorsqu'on est en présence d'une tumeur abdominale. S'il y a ectopie, et si le testicule n'est pas trouvé à l'aîne, toutes les probabilités seront pour une dégénérescence de l'organe retenu dans le ventre.

Il ne sera pas inutile, pour confirmer ce diagnostic, d'étudier minutieusement les symptômes qui donnent à l'affection une physionomie clinique assez spéciale, de faire des éliminations successives pour écarter des tumeurs plus fréquentes de l'abdomen, capables d'en imposer pour elle.

IV. — L'extirpation de la tumeur par laparatomie médiane, faite dès l'apparition des premiers symptômes, constitue le traitement rationnel. Elle nous paraît susceptible de donner des survies sérieuses, peut-être même des guérisons. L'intervention tardive agit sur la douleur, mais semble précipiter la cachexie. A une période avancée, l'abstention est indiquée.

La castration préventive n'est pas admissible, c'est une opération trop sérieuse, la prédisposition créée par l'anomalie étant hypothétique.

L'orchidoxpexie préventive sera pratiquée dans un nombre très limité de cas (ectopies rétroparietales).

Vu :

Le Président de la Thèse,

Maurice POLLÔSON

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 novembre 1931.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CURLING. — Traité des maladies du testicule, traduit par Gosselin, Paris, 1857.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, Paris, 1839.
- LE DENTU. — Des anomalies du testicule. Thèse d'agrégation, Paris, 1869.
- SZYMANOWSKI. — Der inguinal testik in *Prager Vierteljahr f. die rakt Heilk*, 1868.
- MONOD et TERRILLON. — Maladies du testicule, Paris, 1889.
- MATHIEU. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1881.
- VON KAHLDEN. — *Münchener Medic. Vochenschrift*, 1887.
- PICQUÉ. — *Revue de Chirurgie*, Paris, 1892.
- GLUCK. — *Berliner Klinische Vochenschrift*, 26 juin 1893.
- WISNER. — Thèse de Paris 1895 : Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule ectopié.
- Pierre DELBET. — Pathogénie des tumeurs hétérotopiques, *Union Médicale*, 13 juillet 1895.
- A.-H. PILLIET et COSTES. — Etude histologique sur les épithéliomas du testicule. *Revue de Chirurgie*, août 1895, n° 8, p. 641.
- TRÉVOUX. — Th. de Lyon, 1888.
- Junien LAVILLAUROY. — Contribution à l'étude anatomique des cancers du testicule. Th. Paris, 1898, n° 201.
- Max WILMS. — Kystes dermoïdes et tumeurs mixtes du testicule. XXVII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Séance du 16 avril 1898.

Francis MUNCH. — Les tumeurs tridermiques de l'ovaire et du testicule, revue critique, in *Sem. Médic.*, 6 sept. 1899, n° 38, p. 207.

MICHIELS. — Th. Bordeaux, 1897. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule ectopié.

KEPPELIN. — *Lyon Médical*, 12 novembre 1899.

ARROU. — Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme, 1901.

SOULIGOUX et LECÈNE. — *Bulletin de la Société anat. de Paris*, juin 1901.

DUPLAY et RECLUS. — Le Dentu-Delbet : Traité de Chirurgie.

